



Briefpostanschrift: Stadtverwaltung Dezernat 06, 40200 Düsseldorf

Landtag Nordrhein-Westfalen
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Herrn G. Garbrecht, Vorsitzender
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

per pdf an anhoerung@landtag.nrw.de

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
16/1931

A01

Kontakt

Herr Schuster
Zimmer
610
Telefon
0211.89-25927
Fax
0211.89-35927
E-Mail
heinzwerner.schuster@duesseldorf.de
Datum
05. August 2014
AZ
50/31

Entwurf einer Verordnung zur Ausführung des Alten- und Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen (APG DVO NRW)

Stellungnahme anlässlich des Fachgespräches im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtages Nordrhein-Westfalen am 29. August 2014

Sehr geehrter Herr Garbrecht,

entsprechend der im Schreiben der Präsidentin des Landtags Nordrhein-Westfalen vom 8. Juli 2014 vorgetragenen Bitte des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales zu den vier Fragen

1. Wie soll der Bedarf zukunftsgerecht abgedeckt werden?
2. Was resultiert hieraus qualitativ und quantitativ für die zukünftige Planung?
3. Was bedeutet dies gegebenenfalls für die weitere Gestaltung des Förderrahmens?
4. Welche Anforderungen werden an die kommunale Pflegeplanung gestellt?

die in drei Bereichen

1. Bedarf an häuslicher, ambulanter und umfassender Pflege und Versorgung
2. Pflegebedarfe und Status aus Sicht der Kommunen, Kostenträger, Anbieter, Betroffenen
3. Statusberichte aus kommunalen Gebietskörperschaften mit unterschiedlichen Herausforderungen und Zielmarken

thematisiert werden sollen, einen inhaltlichen Input zu geben, nehme ich nachfolgend gerne Stellung.



1. Die Bedarfe an häuslicher, ambulanter, umfassender Pflege und Versorgung und ihre zukunftsgerechte Entwicklung und Abdeckung

Die Bedarfe an häuslicher, ambulanter, umfassender Pflege und Versorgung kann zukunftsgerecht zunächst nur entwickelt und abgedeckt werden, wenn die Kommune als zentrale Instanz

- der Steuerung,
- der Beratung und
- der Hilfsangebote
- und der Beratung über Hilfsangebote in der Kommune ihren Platz einnehmen kann.

Die Stadt Düsseldorf kommt diesen verschiedenen Aufgaben durch ein starkes Bündel differenzierter Angebote nach. Diese setzen an im Vorfeld der Erfordernisse umfassender Pflege und Versorgung und gehen davon aus, dass die Beratung der Klientel und ihrer Angehörigen sowie die klientelbezogene Hilfe und das Wissen um die Bandbreite und Tiefe der gesamten Angebotspalette die zentrale Voraussetzung zur möglichst passgenauen Nutzung von spezifisch erforderlichen Angeboten durch pflegebedürftige Menschen (und ihre Angehörigen) ist. Diese Angebote sind ämterübergreifend angelegt und über das **Stadtentwicklungskonzept** als dynamischer Rahmen verbunden.¹

Beispiele der Ergebnisse der kommunalen Seniorenarbeit sind unter anderem:

- Im Jahr 2011 haben monatlich rund 45.000 Menschen – 55 Jahre und älter – an den Angeboten von der Freizeitgestaltung bis zu pflegerischen Hilfen der sozialraumbezogen arbeitenden „zentren plus“ teilgenommen. 17.000 Personen – rund 5 Prozent davon im Rahmen von Hausbesuchen – haben von den qualifizierten Beratungsgesprächen durch die „zentren plus“ Gebrauch gemacht.
- Durch das **Fallmanagement** soll ermöglicht werden, trotz Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit durch Mobilisierung vorhandener Potentiale den Umzug in eine stationäre Einrichtung zu vermeiden.
- Die „zentren plus“ sind eng vernetzt mit anderen Fachstellen, wie dem **Demenz-Servicezentrum NRW Region Düsseldorf**, dem Gesundheits- und Wohnungsamt sowie dem **Pflegebüro** und seiner Beratungstätigkeit. Zugehend berät das Pflegebüro mit vier Pflegekassen monatlich kostenlos und betreiberunabhängig in den „zentren plus“ über häusliche Hilfen, informiert zur Pflegeversicherung und zu anderen pflegerelevanten Themen.
- Träger aus den Reihen der Wohlfahrtspflege, das Demenz-Servicezentrum für die Region Düsseldorf, die Institutsambulanz der Abteilung Gerontopsychiatrie der Rheinischen Kliniken, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf haben sich als Träger der niedrigschwelligen Betreuung der »BE-AtE-Gruppen« (Betreuungsgruppen für Demenzkranke zur Entlastung pfl-

¹ Die nachfolgende Darstellung konzentriert sich auf die direkte Seniorenarbeit der Stadt Düsseldorf, also auf die unmittelbar APG-relevanten Fragestellungen und lässt deshalb die zahlreichen begleitenden und unterstützenden Aktivitäten und Initiativen z.B. des Gesundheits- oder Wohnungsamtes unberücksichtigt.



gender Angehöriger als trägerübergreifende Einrichtung) zusammengeschlossen und das **Demenznetz Düsseldorf** gegründet.

- Die Vernetzung der Angebote wird in den zehn Stadtbezirken durch **Stadtbezirkskonferenzen** Seniorenarbeit realisiert.
- Ihrer sozialen Verantwortung gegenüber Pflegebedürftigen kommt die Stadt auch über den ab dem 1. Januar 2014 für drei Jahre projektierten **Pflegefachdienst** nach, der neben der Sicherstellung eines passgenauen ambulanten Pflegearrangements für Pflegebedürftige die Selbsthilfepotentiale für den möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit fördern soll.

Die Landeshauptstadt Düsseldorf verfügt mit dem Pflegebüro des Amtes für soziale Sicherung und Integration, den Schwerpunktsachbearbeitungen Altenhilfe des Jugendamtes, der Beratungsstelle für alte Menschen, körperlich Behinderte, chronisch Kranke des Gesundheitsamtes, der Wohnberatungsstelle des Wohnungsamtes und den durch die Stadt Düsseldorf geförderten „zentren plus“ bereits jetzt über ein umfassendes Netz wohnortnaher Beratungsstellen und kooperiert eng mit den Pflegekassen.

2. Qualitative und quantitative Herausforderungen für die zukünftige Planung, ausgehend vom Status und den Bedarfen pflegerischer Versorgung aus Sicht der Kommune

Die Bedarfe an häuslicher, ambulanter, umfassender Pflege und Versorgung können zukunftsgerichtet zunächst nur entwickelt und abgedeckt werden, wenn die Kommune als zentral steuernde Instanz die qualitative und quantitative Grundlage für die zukünftige Planung, ausgehend vom Status und den individuell begründeten Bedarfen pflegerischer Versorgung ermittelt und die Ergebnisse dieser Ermittlung allen Akteurinnen und Akteuren zur Verfügung stellt. Insofern beschränkt sich die kommunale Pflegeplanung nach § 6 Landespflegegesetz (PfG NW) nicht allein auf die klassischen direkt pflegerischen Versorgungsbereiche der vollstationären Langzeitpflege, der teilstationären Versorgungsformen und der ambulanten Pflegeangebote, sondern bezieht – auf Basis der Ergebnisse der Beratungen – die angrenzenden Angebote der kommunalen Seniorenarbeit ausdrücklich ein. Die Pflegekonferenzen erhalten entsprechend § 5 PfG NW die Aufgaben in einem öffentlichen Prozess an der qualitativen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen mitzuwirken.

Die umfassende, sozialraumbezogene und quartiersorientierte Ausrichtung der Seniorenarbeit in Düsseldorf und die Installierung eines abgestimmten Verfahrens zu Beratung und Fallmanagement haben wesentlich dazu beigetragen, dass ältere und pflegebedürftige Menschen in Düsseldorf so lange wie möglich sozial eingebunden in ihrem vertrauten Wohnquartier leben können.

Wir wollen dies auf Basis des Alten- und Pflegegesetzes (APG NRW) weiterentwickeln.

Dies setzt auf allen Ebenen die Stärkung der beruflichen Pflege und die Ausweitung ihrer Kapazitäten voraus.

Die Befriedigung dieses Bedarfs verlangt eine große Kraftanstrengung.



Ausgehend von einer durch die Düsseldorfer Pflegekonferenz getragenen Initiative im Jahr 2001 verständigten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Fachtagung der Pflegekonferenz, Maßnahmen zur kontinuierlichen **Verbesserung der Relation von Ausbildungsplatz und Pflegeplatz** zu ergreifen und unterzogen dies der jährlichen Berichterstattung gegenüber der Pflegekonferenz und dem Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Rates.

Seither haben die Ausbildungsplatzzahlen kontinuierlich zugenommen. Zum 15. Dezember 2013 wurden in Düsseldorf 389 Auszubildende in der Altenpflege ausgebildet. Das sind 22 mehr als ein Jahr zuvor.

2.1 ambulant vor stationär

Bis zum Jahr 2025 wird die Zahl der Pflegebedürftigen in der Landeshauptstadt voraussichtlich auf knapp 18.900 Personen und damit gegenüber 2009 um mehr als 4.200 Personen oder fast 29 Prozent anwachsen.²

Zugleich nimmt generell demographisch bedingt das familiäre Pflegepotential auch in Düsseldorf ab: bis zum Jahr 2020 um 6 Prozent gegenüber 2010. Es steigt danach bis 2025 wieder leicht, so dass in den 15 Jahren ein Rückgang von 5 Prozent prognostiziert wird.³

Daraus folgt, dass die Laienpflege angesichts der Entwicklung überfordert sein wird und professionelle Strukturen der Hilfe weiter entwickelt werden müssen.

Das rückläufige familiäre Pflegepotential stellt ein erhebliches Problem in Bezug auf die Erwartungen der potentiell Pflegebedürftigen dar. Die Ergebnisse der Befragung Düsseldorfer Bürgerinnen und Bürger »Generation 50plus: Lebensqualität und Zukunftsplanung in Düsseldorf«⁴, unterstreichen, dass die gewünschten Versorgungsformen

- im eigenen Haushalt durch Verwandte,
 - im eigenen Haushalt durch Verwandte, unterstützt durch einen Pflegedienst,
 - im eigenen Haushalt durch einen professionellen Pflegedienst,
- die Präferenzliste anführen.

Analog zur Versorgung im eigenen Haushalt durch einen professionellen Pflegedienst wünschen sich nahezu ebenso viele der Befragten eine Versorgung in einer »kleinen guten Einrichtung im eigenen Wohngebiet«.

Die »Rundumversorgung in einem größeren und guten Pflegeheim« erhält hohe Werte als »eventuelle« Lösung und liegt deutlich vor der Versorgung durch »nahe Familienmitglieder« in deren Haushalt, ob nun mit oder ohne professionelle Begleitung.

Damit wird deutlich, dass die Autonomie oberste Priorität hat.

Planerisch stellt sich die Stadt Düsseldorf auf diese Entwicklungen, Bedürfnisse und Wünsche nach Respektierung der Autonomie ein. Dies unter anderem auch durch

² Landeshauptstadt Düsseldorf - Amt für Statistik und Wahlen (Hrsg.): Pflegesituation in Düsseldorf - Kommunale Sozialberichterstattung, Düsseldorf: Dezember 2013, S. 57.

³ Landeshauptstadt Düsseldorf a.a.O., S. 64

⁴ zit.n. Landeshauptstadt Düsseldorf a.a.O., S. 65.



die Einschätzung, dass mit Inkrafttreten des ersten Pflegestärkungsgesetzes eine Vielzahl von Hürden der Versorgung im teilstationären Bereich fallen kann. Dies kann zu einem Schub der Nachfrage nach Leistungen der Tagespflege führen.

„Im Hinblick auf die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger wäre es wichtig, wenn sie in sehr viel stärkerem Maße durch beruflich geleistete Hilfen unterstützt würde und viel mehr Möglichkeiten angeboten und genutzt würden, die auf einen kreativen Pflege-Mix hinauslaufen.

Dazu zählt nicht nur eine Ausweitung der ambulanten Dienste, sondern auch der Ausbau von Einrichtungen der Kurzzeit- und Tagespflege, die zwar gegenwärtig nur relativ selten in Anspruch genommen werden, für die aber ein steigender Bedarf zu erwarten ist.“⁵

In Erwartung dieses steigenden Bedarfs hat die Stadt errechnet, dass das bestehende Angebot an Tagespflegeplätzen (Stand 15. Dezember 2013: 145 Plätze) mehr als verdoppelt werden muss, auf rund 310 Plätze, um dem Bedarf gerecht zu werden.

Die Tagespflege hat dabei die zentrale Funktion, die Arbeit der ambulanten Dienste, die in Düsseldorf insgesamt 8.653 Patientinnen und Patienten versorgen, sowie die Laienpflege nicht nur zu ergänzen, sondern die häusliche Versorgung zu stabilisieren.

2.2 Grenzen der ambulanten Versorgung

Mit der Stellungnahme vom 5. September 2013 anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtages von Nordrhein-Westfalen am 12. September 2013 hat die Stadt Düsseldorf ihre Position zum GEPA formuliert und erläutert.⁶

Im Fazit dieser Stellungnahme wird unterstrichen: „Nicht nachvollziehen kann ich angesichts der entsprechend der demographischen Entwicklung erforderlichen Kapazitäten, die zur pflegerischen Versorgung bereitgestellt werden müssen, die einseitige Ausrichtung auf ambulant betreute Wohngemeinschaften.“

Diese Position hat nach wie vor Bestand.

Die **kommunale Sozialberichterstattung** der Landeshauptstadt Düsseldorf hat Ende 2013 den Bericht zur »Pflagesituation in Düsseldorf« vorgestellt.

Zu den Auswirkungen der demographischen Entwicklung wird darin erläutert, dass der Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen in Abhängigkeit vom Anstieg der Zahl an pflegebedürftigen Personen zunehmen wird. „Lag der Ausgangswert im Jahr 2011 noch bei 5.106 Plätzen, so wird der Bedarf bis zum Jahr 2015 zunächst um knapp 320 Plätze auf mehr als 5.400 Plätze zunehmen (+ 6 Prozent). Bis 2020 steigt der Bedarf dann weiter auf beinahe 5.900 vollstationäre Plätze (+ 15 Prozent) und wird im Jahr 2025 aus heutiger Sicht bei ungefähr 6.330 Plätzen liegen. Dies bedeutet bis

⁵ Blinkert, B. und Gräf, B.: Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen, Hrsg. Deutsche Bank Research, S. 37, Frankfurt/M.: 2009

⁶ siehe Anlage



dahin eine Zunahme der vollstationären Pflegeplätze um ein knappes Viertel bzw. 1.225 Plätze.“⁷ Tatsächlich wird der zusätzliche Bedarf infolge des Platzabbaus anlässlich der Umbaumaßnahmen noch größer. Düsseldorf wird nach aktueller Einschätzung rund 190 Plätze im Rahmen der Umbauten der 23 ausstehenden Einrichtungen verlieren. Der Bedarf liegt dann bei rund 1.400 Plätzen.

Im Lichte der kommunalen Sozialberichterstattung »Pflugesituation in Düsseldorf« habe ich mit Schreiben vom 21. Januar 2014 an die Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), Barbara Steffens, einen Beitrag zur Diskussion des GEPA geleistet.⁸ Darin wird die Position vom September 2013 aufgenommen und zusammenfassend festgestellt:

„Aus Sicht der Landeshauptstadt Düsseldorf kann der Bedarf an Pflegeplätzen nicht nur über ambulant betreute Wohnformen abgedeckt werden.

Es wird auch zukünftig notwendig sein, vollstationäre Einrichtungen zu fördern und zu errichten.

Zur Sicherung eines qualitativ und quantitativ ausreichenden pflegerischen Angebotes ist es erforderlich, zeitnah Planungssicherheit zu schaffen, insbesondere bezüglich der Refinanzierung notwendiger Bau- und Umbaumaßnahmen. Für Düsseldorf zeichnen sich ansonsten deutliche pflegerische Versorgungsengpässe ab.

Die landesgesetzlichen Vorgaben sind unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfe in den Kommunen umzusetzen, zum Beispiel bezüglich der Rahmenbedingungen und Platzzahl bei Ersatzneubauten.“

Am 4. Februar 2014 wurde den Verbänden der Entwurf der Durchführungsverordnung zum Alten- und Pflegegesetz (APG-DVO) zur Anhörung zugeleitet. Diese APG-DVO soll unter anderem die Refinanzierungsfragen regeln, die in meinem Schreiben vom 21. Januar problematisiert worden waren.

Am 13. Februar nahm Frau Staatssekretärin Hoffmann-Badache für das MGEPA zum Schreiben vom 21. Januar Stellung. Sie verweist darin unter anderem auch auf den Sicherstellungsauftrag nach § 4 (1) APG-Entwurf, der den Kommunen die Entscheidung zur Sicherstellung einer pflegerischen Angebotsstruktur, die den örtlichen Erfordernissen entspricht, auf Grundlage der kommunalen Planung zuweist.

3. Pflegebedarf und Förderrahmen

Am 7. Mai 2014 fand zur APG-DVO eine weitere Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtages Nordrhein-Westfalen statt.

„Die Landesverbände der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen sehen die Gefahr eines Abbaus stationärer Pflegeplätze, der vor dem Hintergrund des demographischen Wandels kontraproduktiv ist.“⁹ Der Verband der kommunalen Senioren- und

⁷ Landeshauptstadt Düsseldorf a.a.O., S. 61.

⁸ siehe Anlage. Der Brief wurde der Pflegekonferenz Düsseldorf vorgelegt und aus den Reihen der Wohlfahrtspflege breit unterstützt

⁹ <http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMST16-1644.pdf>



Behinderteneinrichtungen in NRW e. V. (VKSB) hat umfangreich Stellung bezogen und analog zur Position der Stadt Düsseldorf betont, „dass die steigende Zahl Pflegebedürftiger nicht allein durch aktuell noch nicht vorhandene entsprechende ambulante Angebote (Wohngruppen) aufgefangen werden kann. Aus diesem Grund muss alles unternommen werden, die bestehenden Einrichtungen zu erhalten (...) Voraussetzung dafür, dass alle bestehenden Einrichtungen angepasst werden können, ist aber, dass die finanziellen Rahmenbedingungen die notwendigen Umbau- und Ersatzneubauten zulassen.“¹⁰

Die Zahlen, wie viele Pflegeplätze allein durch den Abbau von Doppelzimmern – zur Erreichung der für den 31. Juli 2018 angestrebten 80-prozentigen Einzelzimmerquote – verloren gehen, schwanken. Die Pflegekassen schätzen mit rund 18.000 Plätzen einen etwas geringeren Verlust als Betreiberstrukturen.

Für Düsseldorf übersetzt heißt das, dass infolge der Maßnahmen zur Anpassung an die Erfordernisse von § 4 (1) Verordnung über die allgemeinen Grundsätze der Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AllgFörderPflegeVO) ein Platzverlust von rund 640 Plätzen entsteht, der durch laufende Um-, Ersatz- bzw. Neubaumaßnahmen um rund 450 gemildert wird, so dass rund 190 Plätze am 31. Juli 2018 fehlen würden, wenn nicht weitere Kompensationen erfolgen können.

Diese rund 190 Plätze sind in dem für das Jahr 2025 prognostizierten zusätzlichen Bedarf von 1.225 Plätzen nicht berücksichtigt.

Wir haben also real einen Bedarf von rund 1.400 Plätzen, die bis 2025 realisiert werden müssen, um eine Infrastruktur zu schaffen, die dem wachsenden Bedarf einer nicht vollständig ambulant abzudeckenden pflegerischen Versorgung entspricht. Dies werden vollstationäre Einrichtungen sein müssen und – in begrenztem Maße - ambulant betreute Wohngruppen sein können.

4. Anforderungen an die kommunale Pflegeplanung - kommunale Federführung und der Platz der »kommunalen Konferenz Alter und Pflege« als Konferenz der Koordination und Planung, gestützt auf wissenschaftlich fundierte Planungsinstrumente – Konnexität

Die Situation ist von einer Vielfalt der Anforderungen bestimmt, denen die Kommunen entsprechen müssen. „Während einige Kreise und kreisfreie Städte bis 2030 mit einer Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen von bis zu 100 Prozent rechnen müssen, wird die Steigerungsraten in anderen Kommunen bei weniger als 20 Prozent liegen. Schon allein diese regionale Unterschiedlichkeit ist ein starker Hinweis darauf, dass die Kommunen wieder eine stärkere Rolle in der Langzeitpflege spielen sollten,

¹⁰ <http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMST16-1668.pdf>



da eine gezielte Beeinflussung der lokalen Infrastrukturgestaltung ohne sie nicht möglich ist.“¹¹

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Stärkung der Steuerungsfähigkeit und – verantwortung der Kommunen nicht allein in Bezug auf die Langzeitpflege, sondern angesichts des festgestellten sinkenden familialen Pflegepotentials auf wesentlich breiterer Basis von Hilfen, die den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ohne pflegerische Qualitätsverluste ermöglichen.

Deshalb ist dem Positionspapier »Gute Pflege vor Ort« zuzustimmen, wenn es ausführt: „Bauleitplanung, Gestaltung der Wohnbereiche, Wohnungsmarkt, Regelung des Verkehrs und Impulse für das soziale Leben im Nahraum, die Sicherung des bürgerschaftlichen Engagements, die Schaffung von Begegnungs- und Kommunikationsräumen sowie der regionale Arbeitsmarkt sind der Hintergrund, auf dem Entscheidungen über die pflegerische Infrastruktur und Auswahlentscheidungen über die Inanspruchnahme von Dienstleistungen getroffen werden. Dies muss sich zu einer regionalen Gesamtverantwortung und einer besonderen Aufgabe der infrastrukturellen Gestaltung von Quartieren und Dorfgemeinschaften verdichten.

Diese Gestaltung vollzieht sich im Sozialraum. Deshalb haben die kommunalen Träger in einer zukünftigen Pflege- und Versorgungslandschaft eine besondere koordinierende und gestaltende Funktion für die Sicherung und Weiterentwicklung personeller Ressourcen und einer generationengerechten Infrastruktur, die bundes- und landesrechtlich abgebildet werden muss.

Zum Sozialraum gehören auch in Zukunft die stationären Einrichtungen.

Ihr Profil muss sich weiterentwickeln und wandeln. Veränderte Bewohner und Bewohnerinnen, neue Bedürfnisse und die zunehmende Konzentration auf schwierige Versorgungsfälle stellen neue Qualitätsanforderungen. Die sozialräumliche Entwicklung stellt für die stationären Einrichtungen eine neue Aufgabe der Öffnung in das Quartier und vor allem in kleinräumigen Versorgungslandschaften als Zentrum der vernetzten Versorgung vor Ort.“¹²

Die Anforderungen sind umfassend und überaus anspruchsvoll. Die Steuerung durch die Kommune verlangt deshalb die Einbeziehung aller relevanten Akteurinnen und Akteure. Insofern wird die Ausweitung der Bedeutung der bisherigen Pflegekonferenz zu einer »kommunalen Konferenz Alter und Pflege« positiv gesehen. Die Konferenz und ihre Akteurinnen und Akteure werden gestärkt, ihre Aufgaben, aber auch ihre Verantwortung, werden deutlich erweitert. Diese Konferenz muss mitwirken bei der Planung und Gestaltung des Sozialraums.

Die Zuweisung der entsprechenden Mittel zur Bewältigung dieser komplexen Aufgaben an die Kommunen ist unabdingbar. Deshalb wurde in der bereits zitierten Stel-

¹¹ Rothgang, H. et al. (Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen): Barmer GEK Pflegereport 2013. Schriftreihe zur Gesundheitsanalyse Band 23, S. 9. Siegburg 11-2013.

¹² Engelmann, D. et al.: Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Positionspapier Rahmen des KDA-FES Projektes »Zukunft, Pflege, Teilhabe und Betreuung vor Ort neu denken« im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. S. 16. Bonn: 2013.



lungnahme zur Anhörung am 12. September 2013 ausgeführt: „Vor dem Hintergrund des Konnexitätsprinzips möchte ich feststellen, dass der Beratungs-, Abstimmungs-, Steuerungs-, Berichts- und Prüfaufwand infolge des Gesetzes für die Kreise und kreisfreie Städte deutlich zunehmen wird. Eine Kostenneutralität ist für die Kommunen nicht gewährleistet.

Nach wie vor ist es aus Sicht der kommunalen Praxis unverständlich, warum der Gesetzgeber zusätzliche Aufgaben definiert, ohne die Rolle der Kommunen bei der Weiterentwicklung einer demografiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur für ältere Menschen, Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung und ihrer Angehörigen zu stärken. Ohne kommunale Steuerungsmöglichkeiten ist es unrealistisch, die Ziele dieses Gesetzes umzusetzen.“

Die zwischenzeitlich beschriebene Vereinbarung für ein Evaluationsverfahren zur Prüfung der Kostenneutralität und die entsprechende Einsetzung einer Steuerungsgruppe ist aus Sicht der Stadt Düsseldorf zu begrüßen.¹³

Die kommunale Steuerungsfähigkeit ist gefordert, weil es nicht die eine Lösung gibt, die den Anforderungen Nordrhein-Westfalens insgesamt entspricht. Die Lösung für Nordrhein-Westfalen entsteht auf Basis der Lösungen in den Kommunen, realisiert durch die Kommunen. Auch das ist eine Konsequenz der Umsetzung des geforderten »Quartiersbezugs«, der Gestaltung der Sozialräume.

Der Bedarf an zusätzlichen stationären Einrichtungen in Düsseldorf ist in Teilen typisch für diese Stadt und verlangt spezifische Lösungsansätze in dieser Stadt. Der gesetzliche Rahmen des APG und seiner Durchführungsverordnung muss deshalb gerade in Bezug auf die Realisierung der notwendigen Infrastruktur für »Alter und Pflege« den Kommunen eine Planungssicherheit geben, die verbunden ist mit einem hohen Maß an Flexibilität, entsprechend der Anforderungen »vor Ort« und als Ausdruck der kommunalen Selbstverwaltung.

Ohne kommunale Steuerungsmöglichkeiten ist es unrealistisch, entsprechend der differenzierten Anforderungen, die »Alter und Pflege« an die Kommunen jeweils stellen, die Ziele umzusetzen, die letztlich mit dem GEPA erreicht werden sollen. Deshalb muss das Land die Kommunen in die Lage versetzen, adäquat ihre jeweils spezifischen Bedarfe zu steuern und entsprechend der gegenüber § 2 PFG NW ausweiteten Anforderungen von § 4 APG (E) handeln zu können.

Eine differenzierte Planung verlangt eine wissenschaftliche Fundierung.

Die 1994 von der »Forschungsgesellschaft für Gerontologie« im Auftrag des damaligen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen entwickelten Verfahren¹⁴ zur Unterstützung der Bedarfsplanung spielen

¹³ Schreiben der Landschaftsverbände, des Städtetages NRW, des Landkreistages NRW, des Städte- und Gemeindebundes NRW an die Frau Landtagspräsidentin, Frau Gödecke, vom 2. Mai 2014

¹⁴ MAGS NRW (Hrsg.): Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und –arbeit in Nordrhein-Westfalen. Dortmund: 1995.



eine zentrale Rolle für die Schaffung valider Richtwerte für die Bedarfsermittlung nach Artikel 69 des Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) des Freistaates Bayern.

In der Begründung zum GEPA (E) heißt es das PfG NW bilanzierend:

„Durch umfassende Regelungen zur Organisation der zur Umsetzung des neuen Pflegerechts erforderlichen Kommunikation unter den Umsetzungs- und Praxisbeteiligten - gerade auch auf kommunaler Ebene - wurde im Landespflegegesetz mit der Einrichtung örtlicher Pflegekonferenzen, der Verpflichtung zur Beratung und mit Vorgaben zur - damals noch so bezeichneten - Pflegebedarfsplanung bewusst herausgestellt, dass sich Infrastrukturgestaltung nicht auf Refinanzierungsregelungen beschränken kann, sondern auch Regelungen zu treffen sind, die sicherstellen, dass die verschiedenen Teilstrukturen im Pflegebereich zu einem sinnvollen und konstruktiven Miteinander befähigt werden.“

Die Verordnung über kommunale Pflegebedarfspläne nach dem Landespflegegesetz (BedPlaVO) wurde im Jahr 2003 aufgehoben.

Im Sinne der Koordination der auf kommunaler Ebene anzusetzenden Planung und Koordination der Infrastruktur für »Alter und Pflege« wäre eine Reintegration der Bedarfsplanung in das APG NRW begrüßenswert.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

Hintzsche